

DE L'INFLUENCE
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
SUR L'ALIÉNATION MENTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Juillet 1899

PAR

Chr. KARA-ENEFF

Né à Leskovetz, le 5 avril 1869

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES BOEHM

DELORD-BOEHM ET MARTIAL SUCCESSIONS

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (*)...... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N.....

id.

Bosc (Chargé du Cours).

Doyen honoraire : M. MAIRET (*).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mæl. syphil. et cutanées....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé.
Pathologie générale.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM. H. GOT, Secrétaire.

F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MAIRET, président.	MM. VIRES, agrégé.
SARDA, professeur.	GALAVIELLE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MES FRÈRES

A MA MÈRE ET A MES SŒURS

CHR. KARA-ENEFF.

A MON BEAU-FRÈRE

LE PRÊTRE DIMITRE P. KOUCHEFF

Profonde reconnaissance.

CHR. KARA-ENEFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MAIRET

Professeur des maladies mentales, Chevalier de la Légion d'honneur

CHR. KARA-ENEFF.

J'espère qu'on ne m'en voudra aucunement, si, à cette place, comme il est d'usage, je ne m'étends pas en longs remerciements.

Cependant, je crois de mon devoir d'apporter à M. le Professeur Mairét l'assurance de ma profonde reconnaissance pour les utiles conseils qu'il m'a toujours donnés avec tant de bienveillance.

Je tiens aussi à remercier particulièrement le chef de Clinique des Maladies mentales, M. le Docteur Ardin-Delteil pour l'obligeante sympathie avec laquelle il a mis à ma disposition des renseignements pleins d'intérêt.

Enfin je dois encore remercier M. le Professeur agrégé Vires, qui le premier m'inspira le choix du sujet de ce travail.

DE L'INFLUENCE
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
SUR L'ALIÉNATION MENTALE

I
HISTORIQUE.

L'influence de la tuberculose sur l'aliénation mentale a été connue, au moins partiellement, depuis les temps les plus reculés. Hippocrate l'avait remarquée et signalée dans ses œuvres : « Dans la phtisie, dit-il, la suppression de l'expectoration produit un transport avec délire loquace. »

Cette opinion a longtemps prévalu après lui ; et si elle a pu se modifier dans la suite, l'idée première n'en a pas moins persisté.

Toutefois, au début de ce siècle, où se précise la connaissance des maladies mentales, Pinel (1819) remarque dans une importante observation l'influence de la tuberculose sur l'aliénation mentale. Mais c'est surtout au grand maître français Esquirol

que nous devons une étude plus étendue de cette question. Dans son livre sur la folie, il dit notamment : « que la phtisie cause ou du moins précède l'aliénation mentale et alterne avec elle. » Son élève Georget contribue également à faire reconnaître les rapports de la tuberculose et de la folie.

Depuis, les auteurs n'ont fait que confirmer et éclairer les idées déjà avancées.

Les premières données statistiques proviennent d'Angleterre. Burows et Ellis démontrent la fréquence de la tuberculose parmi les aliénés. Makinnon, premier médecin de l'asile royal d'Edimbourg, conclut que « la scrofule et la constitution des aliénés se touchent d'on ne peut plus près. » Skae, dont le travail de rapporteur annuel sur la mortalité est si bien résumé dans l'intéressant mémoire de Clouston, nous montre combien est fréquente la coexistence de ces deux affections. Clouston lui-même insiste sur l'influence de la tuberculose chez les insensés.

En France, Morel (1860) s'exprime ainsi à ce sujet dans son traité des maladies mentales : « Les différentes périodes d'évolution de la phtisie pulmonaire peuvent amener certaines perturbations intellectuelles dont le caractère est ordinairement en rapport avec le degré, plus ou moins avancé, de la maladie. » Cullerre, médecin adjoint à l'asile d'aliénés d'Auxerre, rapporte un certain nombre d'observations dans un article intitulé : « De la tuberculose chez les aliénés » (1876). Il démontre chez eux la fréquence de la tuberculose et conclut qu'en général la tuberculose n'a aucune influence sur la marche de l'affection mentale. Cependant, il a pu étudier un cas faisant exception.

Paraissent successivement les thèses de Hahn (1874), de La Mat (1875), le traité de Bra (1883), les observations de Leroux (1884), Roger (1886), le précis de Régis (1889), l'article de Marfan (Traité de médecine, Charcot et Bouchard, (1894), le mémoire de Toy et Taty (1897), les thèses de La Bonnardière et Chartier (1898), qui ne sont qu'une confirmation nouvelle des opinions déjà émises.

Nous signalons tout particulièrement l'étude de M. le professeur Crasset sur « l'hystérie et la diathèse scrofuleuse et tuberculeuse » (1884) : « La tuberculose, dit-il, comme toutes les diathèses, est une maladie essentiellement générale et constitutionnelle ; la phtisie pulmonaire est une des manifestations de cette maladie, et elle n'en est pas la seule. Les névroses, en général, l'hystérie, en particulier, peuvent aussi être la manifestation de l'affection diathésique. »

« Outre ces cas dans lesquels l'hystérie est la seule manifestation de la diathèse chez les tuberculeux héréditaires, il y en a d'autres chez lesquels le même sujet présente, à la fois et successivement, les deux ordres de manifestations (thoraciques et nerveuses) de la diathèse. »

Nous devons également une mention toute spéciale aux magistrales leçons de M. le professeur Ball (1881) dans lesquelles il fait ressortir : « qu'il existe, dans certains cas déterminés, une corrélation de cause à effet entre la phtisie et la folie ; trois ordres de faits viennent à l'appui de cette conception », et il les énumère ainsi : « 1° Les deux affections suivent une marche parallèle ; 2° la phtisie et la folie peuvent obéir à la loi de l'alternance et se remplacer mutuellement ; 3° l'hérédité morbide, envisagée non seulement chez l'individu, mais dans sa famille, vient nous prêter un nouvel appui »

En Allemagne, Friedreich, Jacobi, Wulff, Hagen et Snelle, s'attachent à démontrer plus particulièrement la fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés, sans oublier cependant la concomitance des deux maladies.

En Belgique, Crocq (fils), dans une série d'observations, envisage « les cas dans lesquels l'aliénation provient chez l'individu même d'un état diathésique préexistant » et ceux dans lesquels la folie provient « héréditairement de la transformation d'une maladie diathésique. »

En Hollande, c'est à Schœder Van der Kolk que nous devons

la connaissance de ces substitutions si remarquables qui permettent à l'une de ces deux maladies de remplacer l'autre (Ball).

«Il est à remarquer, écrit-il, que, dans une même famille, plusieurs enfants sont atteints de manie et de mélancolie, tandis que les autres, qui sont épargnés de ces maladies, succombent de phtisie. J'ai observé cela plusieurs fois, et il m'est impossible d'y voir une simple coïncidence.»

En Autriche (Prague), Fischer s'occupe de la fréquence de la tuberculose chez les aliénés.

Et enfin, en Amérique, nous citerons Workman (1862) et son travail lu à l'association des médecins aliénistes de ce pays. Suivant cet auteur : De toutes les complications de la folie incurable, aucune n'est peut-être plus étendue, et certainement plus fatale, que la phtisie.»

Plus récemment, Tomlinson (1895) s'efforce de prouver la pathogénie des troubles nerveux et leurs rapports avec la tuberculose.

Jusqu'ici, nous voyons donc que les divers auteurs précités affirment plus spécialement la coexistence de la tuberculose et de la folie qu'ils ne s'attachent à en démontrer les rapports.

C'est à l'époque où naît la bactériologie que nous devons remonter pour trouver une explication plausible de ces faits. Les théories pastoriennes ont contribué, en effet, à expliquer et à modifier même de nombreux aperçus cliniques. La psychiatrie en a bénéficié, elle aussi.

Nous ne nous arrêterons pas à savoir si ce sont les microbes ou plus spécialement leurs toxines qui doivent intéresser la pathogénie de ces faits cliniques. Ce qui est avéré et qu'il convient de retenir, c'est que la présence de ces microbes, dans un de nos organes quel qu'il soit peut produire des troubles physiologiques et pathologiques du système nerveux central.

De cet aperçu historique très succinct, et que nous croyons

toutefois suffisant au début de ce travail, nous concluerons donc que la coexistence de la tuberculose et de l'aliénation mentale a été depuis longtemps établie, que l'influence réciproque de ces deux affections se trouve confirmée par de nombreuses observations cliniques et que la justification scientifique de leurs rapports nous est surtout fournie par la bactériologie.

II

OBSERVATIONS CLINIQUES

Les considérations que nous devons présenter sur l'influence de la tuberculose sur l'aliénation mentale se trouvant, pour la plupart, basées sur l'analyse de cas cliniques, nous avons cru devoir placer la réunion de ceux-ci avant les conclusions que nous devons en tirer.

Première Observation

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Mairet)

R... Emilie, âgée de 20 ans, couturière, entrée dans le service de M. le professeur Mairet, le 26 octobre 189...

Antécédents héréditaires : Père, alcoolique, sujet aux maux de tête et aux évanouissements.

Grands parents paternels morts de vieillesse.

Mère, morte à la suite d'une fausse couche.

Grand'mère maternelle morte, atteinte d'une hémiplegie.

Antécédents personnels : A l'âge de deux ans, R.... a eu une scarlatine et un peu plus tard la coqueluche. Depuis elle tousse constamment. La toux, sèche dans l'enfance, devient grasse, purulente ces dernières années.

L'état général a été toujours mauvais. Elle n'a jamais été réglée. Il y a deux ans, elle fut très malade ; elle a de fréquentes

hémoptysies. Le médecin de la famille constata de grosses lésions pulmonaires ; il redouta même une fin fatale ; toutefois elle put se rétablir.

Nerveuse, emportée, orgueilleuse, R... était d'un caractère difficile, ne souffrant pas de contradictions.

Etat actuel : L'état général de la malade est plutôt mauvais. La physionomie est triste. Les membres sont grêles, les doigts hippocratiques. Le maxillaire inférieur est très développé, ainsi que la lèvre inférieure. Sur la ligne médiane du cou, on remarque une cicatrice assez étendue, due à une adénite suppurée. On constate une atrophie musculaire de la moitié gauche du corps, du grand pectoral et de la mamelle.

Ses idées délirantes remontent à trois mois. En effet, au mois de Juillet dernier, la malade a vu une de ses voisines, femme de ménage d'un buraliste, voler ce dernier en son absence. Elle l'annonça au buraliste, qui porta plainte. La femme de ménage, pour se venger, la menaça, seule, à plusieurs reprises ; et la dernière fois, avec son mari. La malade eut une telle frayeur, que de tout le lendemain elle ne voulut sortir de sa chambre.

Deux jours après, son père l'amena chez sa belle-sœur, pour passer la journée. Ici, elle commença à exprimer ses idées délirantes à sa tante. Elle craignait d'être tuée ; croyait que deux gendarmes venaient la prendre pour la fusiller ; d'autres fois, demandait à mourir. Elle voulait aussi que son père cessât d'être paysan et se fit nommer général. Le soir, la malade n'a pas voulu rentrer chez elle.

Après un mois de séjour chez sa tante, où les premières idées délirantes s'accrochèrent, elle rentra chez son père, dans un état de délire complet.

La malade ne sort pas, se déshabille complètement, dit des grossièretés. Elle casse tout et frappe tous ceux qui l'approchent. Elle prétend qu'on la prend pour folle, parce qu'on veut accaparer ses richesses consistant dans une douzaine de mille francs.

Amenée à l'asile, elle observe un mutisme absolu. Il nous est impossible de définir ses idées délirantes et ses troubles sensitifs. Elle mange peu.

12 *Novembre* 189... : Etat général mauvais. Toux coqueluchoïde.

On constate, en avant : de la matité du sommet gauche ; sonorité exagérée du côté droit ; râles ronflants des deux côtés, dans toute la hauteur.

En arrière : Matité dans toute la hauteur du côté gauche, avec son skodique vers le sommet ; submatité au sommet droit, sonorité à la base.

Signes d'une grosse caverne constituée au sommet gauche, et d'une moins volumineuse évoluant au sommet droit.

Rien à signaler pour les autres organes.

La malade se décide par moments à parler, mais souvent garde le mutisme déjà signalé. Elle ne peut expliquer pourquoi elle n'a pas parlé et ne parle pas encore ; ne se souvient pas de son état délirant. Elle répond toujours la même chose : « Je n'en sais rien », et prétend n'avoir rien fait de répréhensible. Emotive, pleure souvent. Elle aime peu son père.

Amélioration progressive de l'état mental coïncidant avec une poussée tuberculeuse fébrile qui maintient la malade couchée pendant trois semaines.

23 *Janvier* 189.... La malade se rappelle avoir eu la tête dérangée, mais ne peut pas préciser son état. Elle était agacée, énervée, a frappé son père. Elle dit n'avoir jamais eu de perversions sensorielles de la vue et de l'ouïe. La mémoire est conservée, sauf en ce qui concerne les faits répondant à la période d'agitation. Les troubles délirants, l'embrouillement intellectuel paraissent maintenant avoir disparu. Le mutisme n'existe plus et son état mental se trouve réellement amélioré.

Son état physique, au contraire, subsiste, defectueux, et fait

craindre à bref délai un dénouement fatal. Il existe les mêmes symptômes déjà décrits, mais toutefois aggravés.

Son certificat de sortie est ainsi libellé : 9 février 189..., atteinte d'aliénation mentale se traduisant plus particulièrement par des accès d'agitation et de dépression, est calme depuis quelque temps, et paraît guérie..., doit sortir de l'asile.

Observation II (Biaute).

V..., femme M..., âgée de 28 ans, a été transférée en 1876 à l'asile de Mayenne, venant de Ville-Evrard, où elle était internée depuis peu de temps. Il n'y avait dans ses pièces qu'un certificat de situation indiquant lypémanie chronique.

Les prédominances spéciales délirantes que l'on put observer chez elle furent : idées de persécutions de la part de personnes qu'elle cite et qui ne cessent d'une façon constante de la tourmenter, de l'inquiéter dans tous ses actes ; ces personnes lui ont jeté un sort qui la rend incapable de s'occuper de n'importe quel travail et qui fait d'elle un être inerte. Elle croit que l'on veut l'empoisonner, et la preuve, c'est que les aliments qu'on lui donne ont une odeur, une saveur horrible et que souvent elle les vomit. Elle a des troubles de la sensibilité générale : douleurs abdominales, sensation de brûlure le long de la colonne vertébrale, poison dans les intestins, qui occasionnent des selles nombreuses et diarrhéiques ; enfin elle est en proie à une pourriture générale.

Sous l'influence de ce délire, la femme ne veut pas travailler parce qu'elle en est empêchée par ses ennemis, dit-elle ; elle vit seule, à l'écart, retirée des autres malades ; souvent accroupie dans un coin de la salle ou du jardin de sa division ; elle refuse de manger.

Dès l'entrée, cette femme apparut maigre, défaite, excessive-

ment débilitee. Le chef de service, M. le Dr H. Bonnet, songea, avec raison, à l'ausculter et se trouva en face d'une phthisie avancée. Elle fut admise à l'infirmerie.

Peu à peu, la santé générale devient encore plus mauvaise, les vomissements furent plus fréquents, la diarrhée continue, une hémoptysie eut lieu, et son décès survenait trois mois après l'entrée.

A mesure que la maladie fit des progrès, la malade se crut de plus en plus persécutée ; son incoercibilité devant l'alimentation fut souvent des plus désespérantes, car elle voyait du poison dans tous ses aliments, et la preuve qu'on ne cessait de lui en administrer, disait-elle, c'était la répétition de ses vomissements. Son délire augmenta et il n'offrit, jusqu'au dernier jour, aucune rémission. Elle mourut tourmentée par les plus fausses interprétations que l'on puisse imaginer.

Nous n'avons eu aucun renseignement sur cette femme. Mais les troubles intellectuels qu'il nous a été permis d'observer ne sont exactement que l'exagération délirante de tous les symptômes de l'affection pulmonaire. En effet, dressons un tableau de ces conceptions délirantes et nous pourrions mettre en regard des altérations ou des symptômes de cause tuberculeuse :

1° Perversion du goût, dyspepsie ; 2° Idées d'empoisonnement, vomissement ; 3° Refus de manger, intolérance de l'estomac ; 4° Douleurs abdominales, ulcération tuberculeuse ; 5° Sensations inflammatoires, douleurs sous-scapulaires ; 6° Poison dans l'intestin, diarrhée ; 7° Pourriture générale, diarrhée, expectoration ; 8° Idées de persécution, de sortilège, douleurs sourdes, fièvre rémittente.

Observation III.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Mairet).

A... Joseph, âgé de 36 ans, adjudant commis-greffier au conseil de guerre de Paris, entré dans le service de M. le professeur Mairet, le 25 février 189...

Antécédents héréditaires : Père bien portant, nerveux.

Mère, taciturne, morose, fut atteinte d'affection utérine.

Descendants : Le malade a eu sept enfants, dont cinq sont morts de maladies de poitrine. Ils ont tous eu des convulsions dès leur enfance. Les deux autres se portent bien.

Antécédents personnels : D'un caractère violent, le malade n'a rien présenté dans sa jeunesse, mais il se trouva fatigué par suite d'excès de travail. Il a toujours mené une vie régulière. Il avait des sentiments religieux très obsédants. La bible et l'apocalypse étaient ses préoccupations. Epris de justice, il ne rêvait que de réformes ; il se proposait même d'écrire un ouvrage à ce sujet. Les punitions qui lui ont été infligées au régiment, l'avancement de ses camarades moins anciens, lui paraissaient injustes. Tout cela le préoccupait beaucoup.

Sa première maladie, il y a trois ans, fut une pleurésie dont il guérit ; mais une grande faiblesse persista. Il y a sept mois, il eut une hémoptysie qui a duré quatre jours et à la suite de laquelle on l'envoya dans le Midi (à Montpellier) pour passer la saison d'hiver.

Etat actuel, 6 Mars 189... : Les idées délirantes que présente A..., remontent à quelques jours. A ce moment, la neige étant tombée, il se coucha, ayant pris mal. Il eut peur, crut que sa femme voulait l'empoisonner, refusa toute nourriture et médicaments. Il regardait sa femme d'une manière étrange. Pour lui

faire prendre la nourriture et les médicaments, M^{me} A... fut obligée d'appeler ses voisins. A... eut encore peur, fut pris d'un accès de délire: il jeta ses couvertures par terre. Envoyé à l'hôpital Suburbain, il craignait qu'on ne lui dérobât son ouvrage sur la bible, eut un nouvel accès de délire, à la suite duquel il est entré à l'asile.

Ici, outre son délire, on constate une tuberculose pulmonaire assez avancée, sans signes cavitaires, sans sueur, ni diarrhée. Il a des hallucinations de la vue et du goût.

10 Mars 189...: Ses idées lypémaniques s'améliorent; l'apeurement est moins marqué et il est en voie de guérison.

Son certificat de sortie du 15 mars est ainsi libellé: «... présentait les signes de lypémanie, est guéri.

Nous croyons en conséquence que le surnommé A... doit sortir ».

Observation IV.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Mairét).

G..., César-Pierre âgé de 44 ans, maître d'hôtel, entré dans le service de M. le professeur Mairét, le 25 juillet 189...

Antécédents héréditaires. — Père, atteint de tuberculose, mort à 60 ans dans la démence.

Grands-parents paternels inconnus, a un oncle paternel détraqué, alcoolique, mort à 45 ans.

Mère, bien portante, robuste, intelligente, jamais malade.

Grand-père paternel, mort à 60 ans d'une fluxion de poitrine.

Grand' mère, morte à la suite de couche à 48 ans.

Un oncle rhumatisant, atteint de paralysie agitante.

Une tante morte de péritonite.

Une sœur, morte à 26 ans de tuberculose, avait un enfant qui mourut de méningite.

Antécédents personnels. — G..., bien portant dans son enfance, ne présenta aucune maladie jusqu'à 36 ans. A cet âge, il commença à tousser, à maigrir et sentit ses forces faiblir. Il eut de fréquentes hémoptysies avec quelques mouvements fébriles qui l'obligèrent à cesser son travail ; une gastrite avec vomissements alimentaires dans la suite l'obligea à se soumettre au régime liquide pendant six ans environ.

D'une intelligence ordinaire, il gérait bien ses affaires. Caractère vif, emporté, très nerveux.

L'affection mentale qu'il présente aujourd'hui remonte à quatre ans environ. Il se croyait toujours sur le point de mourir ; sa maladie le préoccupait beaucoup. Il se plaignait de tout et à tout propos.

Les troubles intellectuels se sont accentués depuis six mois : il a de l'agitation avec hallucinations de la vue et de l'ouïe et des idées de suicide qui le poussent à se noyer et à se pendre.

Etat actuel, 27 juillet 189... — La physionomie et l'habitus extérieur expriment la tristesse, la méfiance, l'apeurement.

Il est dans un état de prostration réelle avec idées délirantes : il avait causé des dommages, avait volé, peut-être même tué ; il avait fait du tort à beaucoup de personnes, et c'est pour ces motifs qu'il voulait se suicider. Il se donnait des coups sur la tête. Depuis son entrée, les tendances au suicide paraissent s'atténuer. Il prétend qu'il a une croix sur le dos, fixée dans la peau avec des épingles.

Du côté du poumon, une respiration fréquente, 28 respirations par seconde. À l'auscultation, le sommet gauche présente une respiration rude et soufflante ; le sommet droit — quelques craquements humides, des frottements, du souffle. Légère transpiration.

Le poulx est dilaté avec un peu de flaccidité, bat à 100 par seconde.

Température 37°,4 le matin, 38°,2 le soir.

Les mouvements des membres très limités.

7 septembre 189.. Toujours incohérent, parle comme un enfant. Sa femme et sa fille sont inconnues pour lui. Il croit se trouver au couvent pour se distraire. Son intelligence est aussi diminuée; il ne sait plus calculer, ni énumérer les mois de l'année.

Il voit des boulets et des bêtes. Il n'y a personne pour lui faire du mal, mais malgré cela, il a peur. Il répond difficilement en pleurnichant.

Les lésions pulmonaires sont bien avancées. Du côté gauche, au niveau de la fosse sous-claviculaire, un souffle cavitair sans gargouillements; en arrière — une sonorité exagérée avec râles humides. Du côté gauche — submatité au sommet avec râles sous-crépitaants secs.

La figure présente une flaccidité des traits : sillon latéral droit moins marqué; paupières tombantes, pupilles dilatées.

Quelques mouvements fibrillaires du petit doigt gauche.

17 septembre 189.. La physionomie est plus gaie. Le malade dit être content et ne plus penser à sa maladie. En effet, l'état physique est meilleur. La tuberculose pulmonaire, après avoir subi une poussée lors de son entrée, est en état de rémission. La fièvre a cessé. Le malade se lève.

On constate une légère amélioration dans son état mental et les idées délirantes sont moins prononcées.

15 juillet 189.. L'épaule droite, qui avait éprouvé quelques douleurs antérieurement, présente une raideur marquée. A remarquer quelques agitations, mais en somme l'état mental s'améliore.

Quant à son état pulmonaire, il est toujours le même.

Le certificat du 1^{er} novembre 189., indique que la maladie de G... a marché favorablement.

« La maladie de M. G... n'a subi aucune modification quant au fond, mais elle en a subi d'importantes dans la forme, en ce sens que les idées de suicide et d'offensibilité qui existent chez ce malade se sont notablement atténuées, semblent même avoir disparu... »

Observation V (thèse Chartier).

Chez une femme, âgée de 33 ans, mère de huit enfants, on attribuait à l'épuisement causé par des accouchements successifs et par des fausses couches un état de prostration des forces intellectuelles. L'état mental s'expliquait d'autant mieux, que de sérieuses préoccupations d'avenir compliquaient la situation, et pouvaient rendre compte de cette tristesse anormale.

Lorsque cette malade fut confiée à mes soins, elle avait une toux sèche sans expectoration ; mais comme elle disait avoir craché du sang et qu'elle était épuisée par des transpirations nocturnes, j'explorai avec soin les organes de la respiration. Une légère matité à la partie supérieure du poumon et un peu plus de rudesse dans le souffle bronchique furent les seuls symptômes appréciables du moment. Je dois avouer qu'une amélioration notable produite par l'iodure de potassium, par le repos et les soins hygiéniques, me fit porter, après quelques semaines de traitement, un pronostic plus favorable que celui que m'avait dicté la première inspection de la malade. La gaieté était revenue avec la réapparition des forces, la disparition de la toux et des sueurs nocturnes. D'un autre côté, un revirement très heureux opéré dans la fortune de cette aliénée avait dissipé les noirs pressentiments qui la tourmentaient. Après trois mois de traitement, je renvoyai notre malade dans des conditions qui pou-

vaient me faire espérer une guérison complète ; mais mon espérance devait être cruellement déçue. Neuf mois environ après sa sortie, cette femme me fut ramenée dans un état désespéré. La tuberculisation que je n'avais observée que dans sa phase initiale, et que je croyais enrayée dans sa marche, avait fait des progrès effrayants ; il existait une caverne à la partie supérieure du poumon droit, et l'état mental de la malade était en rapport avec le degré avancé de l'affection.

Ce n'était plus maintenant une mélancolie à forme douce et tranquille que nous avions sous les yeux, mais l'exacerbation la plus furieuse sans prédominance d'un délire spécial caractérisait l'état actuel de cette malheureuse aliénée. Elle vécut trois mois encore dans cette déplorable situation ; il y eut quelques moments de rémission, mais après chaque nouvelle hémoptysie, et il y en eut de fréquentes, le délire général, avec agitation excessive et vociférations incessantes, était le spectacle que nous avions sous les yeux. La malade mourut dans le marasme le plus complet, et l'autopsie nous révéla tous les signes de la phtisie arrivée à son dernier degré, sans qu'il fût possible de constater dans le cerveau autre chose qu'une injection plus forte des membranes et une légère hyperémie de la surface de cet organe.

Observation VI (Thèse de Hahn).

Dismar Haupt, âgé de 18 ans, peu intelligent, dont plusieurs frères ou sœurs étaient morts de phtisie pulmonaire, présentait lui-même tous les signes de cette maladie, arrivés à un degré très avancé ; il présentait de l'anasarque et était miné par une fièvre hectique. Subitement, sans que rien le fit prévoir, le malade fut saisi de folie furieuse, avec un développement de forces tout à fait en disproportion avec l'affaiblissement dû à la maladie antérieure. En même temps, la toux avait diminué, la respiration

était devenue normale, l'appétit était revenu et avait même dégénéré en voracité; bref, les symptômes de la phtisie semblaient s'être amendés. Après quelques semaines, la manie s'était transformée en idiotie et apathie complètes; en même temps, l'anasarque avait fait des progrès, la destruction des poumons, également, avait continué, et trois mois après le début de la manie, le malade succomba. L'autopsie ne put être faite.

Observation VII (Thèse de Chartier).

E... , femme M... , 34 ans, admise le 15 avril 1874, en proie à une violente excitation maniaque avec délire bruyant et d'une incohérence complète : refus d'aliments, amaigrissement profond, signes de cavernes pulmonaires, crachats purulents, malade cérébralement depuis trois semaines environ. Peu à peu, l'épuisement fait des progrès, l'agitation ne subit aucun arrêt, des vomissements apparaissent, et la malade au bout de dix-huit jours succombe dans l'épuisement le plus profond après la cessation brusque des phénomènes mentaux et un retour à la raison qui a précédé de quelques heures la terminaison fatale.

Observation VIII (thèse de Hahn).

D... , femme mariée, âgée de 42 ans, appartenant à une bonne famille d'artisans, gardait le lit depuis huit mois, atteinte de phtisie pulmonaire chronique.

La maladie en était à sa troisième période, il n'y avait plus d'espoir; à tout instant, on pouvait craindre la mort par suffocation, en présence de l'apparition des signes précurseurs de l'issue fatale : aphtes dans la bouche, gonflement des pieds,

diarrhée collicative et sueurs matinales; extrême émaciation et lassitude inouïe.

Le dénouement fut cependant précédé par une scène terrible; la malade était devenue folle. Avec une force incompréhensible, elle sauta hors du lit, frappa des pieds et des mains autour d'elle à tort et à travers; ses yeux luisaient d'un feu terrible, elle chantait et riait convulsivement; en un mot, elle était en proie à une folie furieuse; on dut mettre en usage la force pour la maîtriser. Cette femme, qui, comme je l'ai dit, était d'une respectable famille d'artisans et d'ailleurs fort réservée, avait tenu jusque-là énormément à la considération, rejeta toute pudeur, se mit nue devant ses enfants déjà grands, sa mère septuagenaire, son mari et nous tous, fit des gestes les plus lascifs, en proie à une excitation génésique contre nature, à laquelle elle n'avait jamais été livrée. Elle prit les poses les plus obscènes et fit des propositions les plus carrées aux hommes présents à cette scène, en les invitant au coït.

Nulle représentation ne put ramener l'infortunée à la raison, et, même après que l'exaltation eut diminuée et que, épuisée au plus haut degré, on l'eut déposée sur le lit, elle était encore sous le coup d'une complète aberration de l'intelligence, malgré la dépression où elle était plongée, comme en témoignait le chaos de ses paroles et de ses pensées des plus incohérentes : « Hor du man tau papa », répondit-elle à l'ecclésiastique qui lui parlait et l'exhortait, puis elle lui raconta les choses les plus absurdes, récitant des psaumes et des refrains des rues dans un chantcriard. Elle donna à chacun de nous un surnom et renchérit encore sur toutes ses folies.

Le repos lui revint; grâce à l'administration de 15 gouttes de laudanum et à des fomentations froides sur la tête; elle recommença cependant le lendemain matin cette scène lamentable, jusqu'à ce que la mort arrivât vers l'après-midi (10 octob.) par suite de l'épuisement.

Observation IX.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Mairét).

V... Julie-Colette, épouse A..., âgée de 34 ans, ménagère, entrée dans le service de M. le professeur Mairét, le 23 juillet 189...

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une fluxion de poitrine à 55 ans.

Grands parents paternels inconnus. Un oncle paternel mort aliéné.

Mère morte d'une fièvre typhoïde à 50 ans.

Rien du côté des grands parents maternels.

Descendants. — Une fille morte de fièvre muqueuse et garçon mort en bas âge d'une maladie inconnue.

Antécédents personnels. — V... est d'une intelligence ordinaire, sait lire et écrire ; religieuse mais sans excès ; quelque peu jalouse de son mari. Régée à 17 ans ; les règles retardaient toujours de cinq jours.

D'un caractère difficile, elle n'admettait pas les contradictions et cherchait dispute à ses voisines. A 19 ans, après une violente querelle avec une de ses voisines, elle eut immédiatement une suppression de ses règles, suivie d'un premier accès d'aliénation mentale. Depuis, elle avait de fréquentes idées de suicide.

Etat actuel, 25 juillet 189... — La maladie actuelle date de six mois. En pleine période menstruelle, elle reçut une averse dans une course ; par suite, les règles ne durèrent pas le temps habituel et perdirent leur caractère ordinaire. Depuis lors, elles ne sont plus revenues. Cette suppression et son état de fatigue

générale faisaient croire à la malade qu'elle était enceinte. Jusqu'ici aucun trouble intellectuel.

Il y a trois mois, son mari s'aperçut que l'intelligence de sa femme s'était affaiblie : sans motif plausible V... craignait de mourir de faim et manifestait l'intention de se suicider. Elle avait perdu l'aptitude au travail et se reprochait de ne pouvoir faire son ménage.

Dans ces derniers jours V... tenta de se suicider en se précipitant dans un puits. Soumise à une surveillance attentive, elle essayait souvent de s'approcher de la fenêtre pour se jeter en bas. A partir de ce jour, les hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, se sont manifestées : elle voit des gens qui lui ont donné son mal ; elle entend des voisins parler le jour et la nuit ; enfin, elle craint d'être empoisonnée par l'arsenic. Le sens génésique est complètement aboli chez elle.

La physionomie exprime plutôt l'hébétude que la tristesse. On constate une asymétrie faciale au détriment du côté gauche ; son crâne, relativement à l'ensemble du corps, est petit ; front petit, bas. La figure est anémiée, les paupiettes plaquées de rouge, les yeux, surtout le bas des paupières, ainsi que les lèvres, sont congestionnés chroniquement. Langue étalée et rouge sur les bords avec empreintes des dents.

Les bruits du cœur sont peu énergiques et sans souffle. Le pouls est distendu, régulier, dépressible et un peu lent. Il bat à 68 par seconde.

La poitrine est bien développée. Au poumon, l'auscultation ne révèle rien.

Le foie est un peu abaissé ; quelques veines dilatées dans la région ombilicale. Rien à remarquer du côté des autres organes abdominaux.

Sensibilité conservée ; hyperexcitabilité des muscles, sans hyperexcitabilité tendineuse.

Les troubles intellectuels consistent dans la tristesse et les

idées de suicide. V... , depuis sa rentrée à l'asile, demande un couteau ou un ciseau pour se tuer. Elle en a besoin, dit-elle, pour sauver sa mère. Elle nie toute hallucination, et, malgré ce, prétend qu'il y a devant ses yeux un voile, accuse des douleurs le long de l'œsophage, a mauvaise bouche et refuse de manger. Elle a peur, s'imagine qu'on va lui faire du mal, prétend avoir des serpents dans le ventre, sans toutefois expliquer comment.

29 juillet. V... présente les mêmes idées délirantes. Elle est un peu agitée. On constate une température élevée (40°5), peau et lèvres sèches, pouls fébrile, distendu, résistant, battant à 112 par seconde. La respiration fréquente, 28 par seconde. La percussion révèle de la submatité des deux côtés ; impossibilité d'ausculter la poitrine à cause de la malade.

8 août. La fièvre continue, mais moins élevée qu'au commencement, constipation opiniâtre.

13 octobre. La température a baissé complètement depuis quelques jours. La malade se lève. Son attitude indique un état de stupeur bien caractérisé, sans idées délirantes déterminées.

Du côté du poumon, on constate à la percussion de la sonorité du côté gauche. A l'auscultation, râles humides, respiration soufflante des deux côtés.

17 novembre. L'évolution de la tuberculose se poursuit. On constate des cavernes des deux côtés du poumon et surtout à gauche.

24 janvier. Depuis le dernier examen, la symptomatologie de l'aliénation mentale est sensiblement modifiée. On remarque une diminution dans la stupeur signalée précédemment.

Cet état mental est resté le même jusqu'à la mort de la malade, 19 mars 188...

Observation X (Thèse de Biaute).

Catherine M..., entrée à l'asile de Dijon en 1866, transférée à Saint-Dizier en 1868, âgée de 24 ans, bien constituée, d'un tempérament lymphatique, est atteinte de lypémanie avec stupeur profonde. Gâteuse depuis deux ans, elle est placée au quartier des malpropres, où, incapable d'un mouvement, elle végète sur son banc, la face constamment tournée vers le mur. On lui fait prendre ses repas à la cuillère, on lui applique un vésicatoire à la nuque, on le saupoudre de strychnine ; on l'électrise, on essaie tous les moyens connus pour la sortir de cette torpeur incroyable, et rien n'agit sur cet organisme qui ne prouve son existence que parce qu'il respire et digère. L'analgésie est complète.

Devenue chlorotique, on administre le fer et le quinquina ; la santé physique devient meilleure ; même elle prend part aux soins du ménage, qu'elle remplit machinalement en se renfermant dans un mutisme absolu. Bien que l'état physique s'améliorât d'une manière très sensible, le faciès et une toux caractéristique attirèrent notre attention du côté de la poitrine, et l'auscultation nous permit de découvrir les signes certains d'une tuberculisation marchant vers le ramollissement.

A partir de ce moment, Catherine cessa d'être malpropre et l'état mental subit une amélioration toujours croissante.

On assiste, comme chez l'enfant, au développement successif des facultés ; la parole, la mémoire et le jugement renaissent dans ce cerveau éteint depuis près de trois années. Les sentiments affectifs reviennent, elle s'occupe de sa famille, qu'elle désire voir avant de mourir, car elle nous répète souvent qu'elle veut bien prendre les remèdes que nous lui ordonnons, dans le

but de nous être agréable, mais qu'elle sait bien que sa fin est proche.

Enfin, cette intéressante malade succomba en janvier 1869, ayant recouvré depuis cinq mois l'intégrité complète de ses facultés intellectuelles.

III

ETIOLOGIE.

Dans ce chapitre sur l'étiologie, nous envisageons successivement : 1° la tuberculose survenant chez un non-aliéné ; 2° la tuberculose se développant chez un aliéné. Ce deuxième cas nous paraît devoir se rattacher à notre sujet, car si l'aliénation mentale existe déjà, il n'est pas moins établi que, sous l'influence de la tuberculose, cette aliénation pourra subir d'importantes modifications.

A. — Un tuberculeux peut-il devenir aliéné ? — Il a été donné à de nombreux auteurs de pouvoir remarquer l'état mental particulier des tuberculeux dès le début de la maladie et jusqu'à sa terminaison. Cet état mental présente des modifications différentes suivant les sujets et les degrés de la tuberculose ; depuis la simple tristesse, l'irritabilité, et ce mode de mentalité que les Allemands dénomment euphorie, jusqu'au délire furieux précédant la mort.

Tout d'abord, nous voudrions établir la fréquence de l'aliénation mentale chez les tuberculeux ; mais sans données statistiques à cet égard, nous mentionnerons le grand nombre d'observations qui ont été publiées, et dirons, avec Snelle, que tout médecin a pu voir de pareils cas. Ce qui indique suffisamment la réalité de leur existence, ainsi que leur fréquence relative.

Comment le tuberculeux devient-il aliéné? — Nous devons ici nous demander de quelle façon la tuberculose peut aussi donner naissance à une psychose :

a. — Des différents modes d'action de la tuberculose sur les phénomènes cérébraux, nous passerons sous silence les *localisations bacillaires* dans les centres nerveux, qui rentrent plutôt dans le cadre de l'aliénation par lésions organiques (Méningites, encéphalites, etc.) ;

b. — A notre époque, où l'étude des *toxines microbiennes* a pris un si grand développement, nous sommes naturellement portés à considérer ces toxines comme une des principales causes des troubles intellectuels produits par la tuberculose.

On observe tous les jours en clinique, dit M. le professeur Pierret, des troubles fugitifs qui ne sont pas dus à autre chose qu'à l'accumulation accidentelle de substances toxiques en des points limités du système nerveux ». Il s'y produirait une action physico-chimique anormale, variable « avec la nature des poisons, la durée de leur action et aussi la personnalité chimique du sujet atteint ».

Il est certain que les troubles produits varient avec le siège des imprégnations : il y aura troubles cérébraux et troubles périphériques.

Dans une étude récente, parue dans le *Nord médical*, M. Carrière montre la fréquence des troubles nerveux périphériques dans la tuberculose pulmonaire. Ces troubles atteignent diversement la sensibilité, la trophicité, la vaso-motricité, l'appareil locomoteur.

M. Bouchard confirme cette manière de voir ; il attribue aux substances toxiques bon nombre d'affections nerveuses. L'action de ces toxines se manifeste par des modifications dans la nutrition cellulaire. Il y a une sorte d'auto-intoxication qui explique d'une façon générale l'apparition des troubles nerveux au cours de la tuberculose.

Les expériences de MM. Bouchad et Charrin établissent qu'à l'action des poisons produits sous l'influence des microbes pourrait s'adjoindre celle des poisons provenant du tube digestif, et celle des poisons provenant d'un trouble dans la désassimilation. L'élimination elle-même, étant diminuée, amènerait la rétention et l'accumulation des toxines.

Des urines de tuberculeux injectées dans les veines d'un lapin et d'un chien sont de toxicité moindre que les urines d'un homme sain.

A l'appui de l'accumulation des toxines dans l'organisme, nous pouvons également invoquer l'hypotension circulatoire que l'on observe souvent chez les tuberculeux.

Nous voyons donc que la tuberculose peut produire des troubles nerveux, soit par localisation bacillaire, soit par imprégnation des centres par les toxines. L'action des toxines à elle seule suffirait ainsi à nous expliquer, dans certains cas, l'étiologie de l'aliénation mentale chez un tuberculeux ; mais nous allons voir que les troubles de la nutrition et la prédisposition nerveuse sont également de puissants facteurs dans l'intervention de l'aliénation et qu'elles peuvent coïncider avec cette intoxication bacillaire.

c. — Nous devons donc rechercher maintenant comment apparaissent les *troubles de la nutrition* dans la tuberculose pulmonaire et nous demander quelles sont les altérations qu'ils peuvent produire dans le système nerveux.

Si nous considérons ces troubles de la nutrition d'une manière générale, nous sommes d'ores et déjà amené à penser qu'ils agissent, ainsi que toute affection microbienne, en provoquant une déchéance organique qui peut retentir sur tous les organes.

Tout d'abord, notons l'influence des lésions pulmonaires. Elles contribuent à troubler les fonctions d'hématose, soit par la dyspnée qu'elles occasionnent et, par suite, par une aération pulmonaire défectueuse, soit en restreignant la surface pulmonaire

(lésions, induration, adhérences pleurales, contractures, parésies pulmonaires, etc.).

Cette hématose se produisant mal, le sang ne présente plus sa composition normale ; il y a diminution d'oxygène, augmentation d'acide carbonique. Il en résulte une perturbation dans la nutrition de la cellule, de la cellule nerveuse en particulier. Il peut également exister des collections purulentes, des dépôts caséeux produisant une hypertoxité sanguine. Il y a de l'irrégularité dans la circulation : de la tachycardie, de l'hypotension artérielle.

Nous mentionnerons brièvement les troubles de l'appareil digestif. Il se produit assez souvent de l'intolérance gastrique. L'excitation du pneumogastrique occasionne par voie réflexe de la toux et des vomissements. Il y a de la dyspepsie, des troubles intestinaux se traduisant par l'atonie musculaire, des troubles dans les sécrétions glandulaires, de la constipation, plus souvent de la diarrhée.

Les fonctions d'élimination se trouvent également altérées. Il survient de la congestion rénale, et, comme nous l'ont précédemment démontré les expériences de M. Bouchard, il y a rétention des principes toxiques.

Enfin, l'état fébrile constant présenté par les bacillaires, soit dans les périodes initiales, soit lors de l'hecticité, s'accompagne, comme dans tous les états de ce genre, d'une exagération des oxydations, avec dénutrition consécutive d'autant plus forte que l'alimentation et l'assimilation se font mal à cette dernière période, et d'une accumulation plus ou moins considérable des produits de déchet qui viennent joindre par élimination insuffisante leurs effets toxiques à ceux produits déjà par les toxines bacillaires et celles sécrétées par les microbes associés.

Nous signalerons, enfin, les hémorragies diverses survenant au cours de la tuberculose.

Dans son évolution, la tuberculose elle-même, avec ses périodes

des fébriles, accompagnées de sudations abondantes, altère les fonctions nutritives et contribue à la déchéance de l'organisme.

Nous citerons simplement l'état de misère, la mauvaise hygiène, les préoccupations morales qui ont aussi une grande influence dans ces altérations nutritives.

L'état dépressif du malade et la tristesse qu'il engendre parfois doivent être également invoqués.

Si nous nous résumons, nous voyons que la nutrition de la cellule se trouve compromise par une absorption insuffisante, une assimilation défectueuse et une élimination incomplète, ainsi que par des imprégnations toxiques.

L'intégrité de la cellule nerveuse est elle-même atteinte ; il en résulte des troubles fonctionnels dans le système nerveux, se traduisant généralement par des états de dépression à modalités diverses, et rattachant ainsi aux maladies neuro-nutritives l'aliénation causée par la tuberculose.

d. — Nous devons rechercher, enfin, l'importance étiologique de la *prédisposition*, soit de la prédisposition héréditaire, soit de la prédisposition acquise.

Il est évident, tout d'abord, qu'un prédisposé nerveux, atteint de tuberculose, sera plus enclin à l'aliénation mentale qu'un individu indemne de tare nerveuse. « Si l'inanition provoque le délire ou la folie, dit Peter, c'est parce que le cerveau y était prédisposé. On ne devient pas fou par hasard, mais parce qu'on a une faible cervelle ; on tombe toujours du côté où l'on penche ».

Les prédispositions héréditaires ou acquises, ainsi que le disent Régis et Lallier, « rendent les sujets plus facilement vulnérables, et les accidents qui chez un individu sain n'auraient pu déterminer de désordres psychiques amènent chez eux l'explosion de folies d'une gravité variable ». Or, la tuberculose peut engendrer ces accidents et produire ainsi ou tout au moins faciliter l'éclosion des maladies mentales chez le prédisposé nerveux.

Nous insisterons surtout sur les prédispositions nées d'une diathèse tuberculeuse à manifestations nerveuses.

L'hérédité joue le principal rôle dans la formation de cette diathèse. « Ainsi, par exemple, dans une famille de phthisiques vous verrez parmi les enfants d'un tuberculeux, l'un mourir d'une méningite tuberculeuse, le deuxième devenir un phthisique, et le troisième échapper à la diathèse (Grasset, *Art. Diathèse, Dict. Encyclop.*). »

Et, pour cet auteur, ce dernier enfant, ayant échappé à la diathèse, deviendrait un névropathe, parfois un aliéné et pourrait engendrer des enfants chez qui réapparaîtrait la diathèse première.

La névropathie et la diathèse tuberculeuse peuvent donc s'associer et se substituer l'une à l'autre. On comprend que cette association qui, dans l'état diathésique, se trouve à l'état latent, puisse se manifester lorsque éclateront les accidents pulmonaires.

A quelle époque dans l'évolution de la tuberculose apparaît l'aliénation ?

Cette aliénation pourra s'observer soit dès le début si la prédisposition est marquée, ou si la marche de la tuberculose est rapide (ici interviendraient surtout les toxines); soit dans le cours de la maladie lorsque se seront produits les troubles de la nutrition et les complications qu'ils engendrent.

B. — Un aliéné peut-il devenir tuberculeux ? — Avant de clore ce chapitre sur l'étiologie, il convient d'étudier la tuberculose se développant chez un aliéné. Nous avons déjà mentionné l'utilité de cette étude. Il sera intéressant, en effet, de rechercher quelles sont les modifications apportées par la tuberculose à une aliénation préexistante.

1° Il est fréquent de voir un aliéné devenir tuberculeux. La mélancolie prédispose tout particulièrement à cette affection. Les

observations de Schroeder, Van Der Kolk et de Brehmer témoignent de cette fréquence,

D'après Calmeil, il y a 1 phtisique sur 5 aliénés.

—	Webster,	—	1	—	4	—
—	Pinel,	—	1	—	6	—
—	Flemming,	—	1	—	8	—

Esquirol, lui aussi, a affirmé la plus grande fréquence de la tuberculose chez les aliénés que chez les gens d'esprit sain. Elle existerait chez un tiers de mélancoliques.

Hagen, au contraire, faisant une statistique de tuberculeux aliénés et non aliénés, conclut à une proportion identique.

Cette fréquence varie d'ailleurs avec les conditions diverses auxquelles se trouvent soumis les aliénés.

Comment l'aliéné devient-il tuberculeux ? a. — La tuberculose se développe de préférence chez les aliénés de *souche tuberculeuse*, et son éclosion peut être facilitée par les folies à forme dépressive.

D'après Pidoux (étude sur la phtisie) toutefois, « la phtisie descend moins souvent de la phtisie que de beaucoup d'autres maladies constitutionnelles et héréditaires, et ces maladies constitutionnelles auraient une action d'autant plus forte qu'elles présenteraient plus d'affinité avec la diathèse tuberculeuse.

b. — Quoi qu'il en soit, il est important de considérer dans quelles conditions évolue la tuberculose chez les aliénés. Ces malades se trouvent nécessairement offrir une *moindre résistance* qu'à l'état normal. Les troubles du système nerveux qu'ils présentent tendent de façons diverses à créer de la misère physiologique. Leur influence se fait tout d'abord sentir dans la nutrition. Et c'est surtout dans les maladies mentales à forme dépressive que ces désordres peuvent être relevés.

Le refus d'aliments, le défaut d'exercice, la prostration, les idées tristes, en diminuant la fréquence des mouvements respiratoires, concourent à cet effet. Il se produit parfois de l'anémie avec troubles de la circulation.

L'organisme ainsi affaibli se trouve en état de réceptivité plus grande, comme le prouvent les statistiques de Cullerre et Snelle.

Dans le cas d'aliénés présentant de la surexcitation, cette dénutrition sera due à la suractivité fonctionnelle et provoquera des troubles de divers organes.

c. — *Les aliénés agglomérés* seront plus particulièrement atteints, par suite d'une hygiène défectueuse. Il nous serait difficile de relater les causes multiples favorisant cette mauvaise hygiène. Elles varient, en effet, avec les soins donnés à ces malades. Une mauvaise installation, l'air vicié, une nourriture malsaine ou insuffisante, le défaut de propreté, etc., peuvent se présenter suivant les cas, provoquant ces mauvaises conditions d'hygiène.

d. — *La contagion* joue également un rôle très actif, lorsqu'il y aura entassement des malades. La propreté sera moins rigoureuse, l'assainissement de l'air et la désinfection plus difficiles, ce qui accentuera davantage les mauvaises conditions ci-dessus énumérées.

En résumé, la tuberculose peut évoluer chez un aliéné lorsqu'il présente une prédisposition particulière à cette maladie, des troubles de la nutrition et se trouve soumis à une hygiène défectueuse.

IV

INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE SUR L'ALIÉNATION MENTALE

Au chapitre de l'étiologie nous avons démontré qu'il y avait possibilité, pour un tuberculeux, de devenir aliéné, et nous avons été également amené à conclure que la tuberculose pouvait évoluer chez un aliéné. Il nous faut maintenant rechercher, en nous rapportant aux observations que nous avons pu réunir, quelle peut être dans ces deux cas l'influence de la tuberculose sur l'aliénation mentale.

A. Forme et évolution de l'aliénation mentale survenue chez un tuberculeux. — 1° Tout d'abord, cette aliénation accompagnant la tuberculose affecte-t-elle une forme spéciale, nettement définie ?

Dans les observations relatées, elle nous paraît plutôt revêtir les modalités constituant certaines psychoses déjà connues ; et c'est surtout aux aliénations à formes dépressives qu'elle emprunte la plupart de ses symptômes. Toutefois, la marche de cette aliénation, qui peut se modifier aux diverses périodes de la tuberculose, l'étroite relation qui peut exister dans la sphère nutritive en particulier, entre les symptômes présentés par ces deux affections, l'apparition possible d'un délire intense et spontané à la phase ultime de la cachexie, concluent à une

entité distincte, réellement perceptible en ses manifestations les plus diverses.

Ainsi que nous l'avons déjà signalé, c'est à un *délire général à forme dépressive* que cette aliénation, née au cours de la tuberculose, emprunte ses différentes manières d'être. Nous n'insisterons pas à nouveau sur les diverses causes concourant à créer les modifications organiques dont s'accommodent plus spécialement les états lypémaniques.

Ces derniers pourront simuler le délire des persécutions, se traduire par des idées d'apeurement, de jalousie, de suicide, etc.

C'est ainsi que, dans notre première observation, R... au cours d'une tuberculose pulmonaire confirmée, et à la suite d'une forte émotion, émet des idées délirantes caractéristiques du délire des persécutions. Cette malade se croit poursuivie par des gendarmes qui veulent la fusiller ; on veut accaparer ses richesses. Son délire devient si intense qu'elle se refuse à manger et se confine dans un mutisme absolu. On note une altération des sentiments affectifs. De cette observation, il nous faut retenir qu'il existait une prédisposition marquée, qu'une forte émotion a été la cause adjuvante dans l'éclosion de la folie ; mais qu'il y avait surtout une réelle perturbation organique due à l'évolution tuberculeuse.

Dans l'observation IV, G. ..., bien portant jusqu'au début de sa tuberculose, s'inquiète bientôt de sa maladie, il est apeuré, devient méfiant et s'accuse d'avoir volé, peut-être même tué. Ses idées d'auto-accusation l'incitent au suicide. Il présente des troubles sensitifs, prétend avoir une croix dans le dos, fixée avec des épingles. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont des plus nettes, et les troubles intellectuels progressent d'une façon sensible. On ne relève dans les antécédents ni alcoolisme, ni syphilis.

Dans une observation de Biaute, une phthisique avérée présente également des idées de persécutions, sans nuance notable,

mais avec une dépression très marquée des facultés intellectuelles.

Diversement, suivant les cas, en ces idées délirantes pourront prédominer l'apeurement, les persécutions, la jalousie, la stupeur lypémanique, etc. Il est évident que suivant les malades, leur condition d'existence, leur éducation, etc., se nuanceront les modes multiples d'aliénation mentale.

Parfois la mélancolie, elle seule, se manifestera, au début de la maladie.

2° Mais il est un groupe de psychoses sur lesquelles nous devons particulièrement insister, nous voulons parler des psychoses neuro-nutritives, qui peuvent être, ainsi que nous l'avons vu, relativement fréquentes au cours de la tuberculose. Dans ces cas, la psychose réalisée par le tuberculeux réalise une modalité symptomatique particulière aux aliénations mentales créées par des troubles de la nutrition. La confusion mentale (démence aiguë des auteurs allemands), une fatigue intellectuelle facile, des idées d'apeurement, un délire incohérent et sans suite, des hallucinations des divers sens, avec prédominance des troubles visuels, caractérisent plus particulièrement cette forme.

L'observation I, que nous avons déjà signalée, nous en offre un frappant exemple. R... a des antécédents chargés : elle eut une scarlatine à deux ans, plus tard une coqueluche, et depuis elle tousse constamment. Les hémoptysies ont été fréquentes. L'état général est très mauvais ; elle n'a jamais été réglée. Il existe des déformations faciales, une atrophie musculaire de la moitié gauche du corps. Il est certain que R..., atteinte depuis très longtemps d'une tuberculose à marche irrégulière, mais toujours progressive, doit surtout à la maladie dont elle est atteinte son état de débilité extrême. Dans l'évolution de sa maladie mentale, nous retrouvons les caractères indiqués ci-dessus : embrouillement intellectuel, délire incohérent et sans suite, idées d'apeurement et probablement hallucination de la vue.

Nous nous sommes longuement expliqué sur l'existence des troubles de la nutrition dans la tuberculose et nous n'insisterons à nouveau que sur leur fâcheux retentissement sur la cellule nerveuse. Ces troubles de la nutrition produisent généralement en effet, en dehors de la débilité organique, une accumulation des produits toxiques dont le mode d'action sur la cellule n'est point encore complètement élucidé.

Nous devons néanmoins signaler l'intéressante communication que vient de faire, tout récemment, M. Maurice Faure à la Société de biologie, sur un cas de «troubles mentaux d'origine toxi-infectieuse accompagnés de lésions cellulaires de l'écorce cérébrale.» L'une de ses malades, atteinte de tuberculose pulmonaire, avec dissémination toutefois dans d'autres viscères, présentait de la *confusion mentale*. Nous reviendrons d'ailleurs à ce sujet au chapitre de l'anatomie pathologique.

3° Nous nous sommes attaché jusqu'ici à rechercher quelle était l'influence de la tuberculose sur l'aliénation mentale en considérant les modalités favorisées par elle.

Il nous paraît intéressant d'étudier ici les éléments que la tuberculose peut apporter au délire pour lui imprimer une couleur particulière, et qu'elle tire des sensations subjectives relevant de son évolution, et existant à une période généralement avancée de celle-ci.

Nous mentionnerons à ce sujet l'observation II, signalée par Biaute. Il s'agit d'une malade, entrée avec une phtisie avancée et une lypémanie concomitante. Les idées de persécutions sont très nettes. Elle craint d'être empoisonnée, ce qui provoque chez elle de fréquents vomissements. Les aliments lui semblent avoir une odeur et une saveur mauvaises. Il en résulte des digestions difficiles, accompagnées d'intolérance gastrique, ce qui détermine la malade à refuser toute nourriture. Le poison qu'elle croit lui être donné, occasionne des selles nombreuses. On note également chez elle des douleurs sous-scapulaires qui semblent

être en rapport avec les lésions pulmonaires. Son état de cachexie avancé lui paraissait se manifester par une pourriture générale, à laquelle elle attribuait ses expectorations et ses selles diarrhéiques. Les idées délirantes progressèrent avec la phthisie.

Dans l'observation IX, dont nous reparlerons plus loin, il existait également des douleurs le long de l'œsophage dues vraisemblablement à une hyperexcitabilité en rapport avec les lésions locales. Elle craint d'être empoisonnée, a mauvaise bouche, refuse de manger et s'imagine avoir des serpents dans le ventre.

Ces sensations subjectives que nous avons relevées chez ces deux malades, sont certainement liées à l'évolution tuberculeuse. En leurs localisations, nettement définies, elles se trouvent coïncider, en effet, avec des lésions et des troubles fonctionnels réellement existants (Sécrétions caverneuses fétides, troubles digestifs, gastriques et intestinaux).

La corrélation des troubles délirants et des troubles somatiques est admirablement exprimée dans le tableau dressé par Biate, dans l'observation que nous lui avons empruntée, et à laquelle nous renvoyons le lecteur (Obs. II).

4° Si la tuberculose, dans la plupart des cas, imprime à l'aliénation mentale une forme dépressive, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut entraîner parfois une *agitation maniaque*. Le mode de surexcitation, surtout apparent aux phases aiguës de la tuberculose, et qui peut constituer, à lui seul à la période terminale, un délire aigu, succède ordinairement à un état mélancolique préexistant.

Nous citerons à ce sujet l'observation IV, où G..., après une longue période de tristesse et sans qu'il y eût exacerbation dans la marche de la tuberculose, devient agité, a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, l'incohérence des idées et se trouve dominé par l'impulsion.

Nous mentionnerons également l'observation de Morel. Une

femme, en état d'épuisement organique et de prostration intellectuelle, présentant des signes nets de tuberculose, est prise d'agitation maniaque, sans prédominance d'un délire spécial. Retenons que, dans ces deux cas, il existait antérieurement à la poussée maniaque un état réel de lypémanie. Nous verrons, dans la suite, qu'il peut s'établir un délire aigu constituant, à lui seul, l'aliénation mentale et sans troubles de folie antérieure.

Le Mat signale un cas de manie aiguë, observé dès le début de la tuberculose.

Mais les formes dépressives, à caractère variable, dominent cette période initiale, et c'est ultérieurement qu'apparaissent les surexcitations maniaques.

5° Ce n'est pas seulement en imprimant un caractère spécial à l'aliénation, que la tuberculose influe sur elle. L'étroite corrélation qui existe entre la marche de cette maladie et l'évolution des troubles intellectuels donnera une physionomie à la folie que certains auteurs ont pu appeler *folie tuberculeuse*. Ces deux affections peuvent évoluer de façons diverses : tantôt l'aliénation suit le progrès de la tuberculose. et peut revêtir un caractère d'incurabilité caractéristique ; tantôt s'amendent les troubles intellectuels, lorsque s'améliore la tuberculose ; tantôt, enfin, alternent les deux affections.

Il ne faudrait pas croire toutefois que la *marche parallèle* qu'elles suivent concurremment soit toujours continue.

Il est plus fréquent de la voir présenter des irrégularités multiples et, après de véritables rémissions, de nouvelles périodes d'aggravations.

Dans le premier cas, lorsque les deux affections progressent simultanément, il peut intervenir, en effet, des poussées pulmonaires coïncidant avec une recrudescence de la folie, les deux ordres de symptômes étant sous la dépendance de poussées congestives simultanées se faisant du côté du poumon et de l'encéphale.

Tel malade, à la suite d'hémoptysie, verra s'accroître ses idées délirantes. Dans d'autres cas, interviendront diverses causes (conditions d'existence, saison, etc.). Parfois, enfin, la tuberculose suffira elle seule à expliquer ces poussées. On comprend donc que la rapidité dans la marche progressive soit des plus variables.

Nous indiquerons à ce sujet l'observation V. Une malade, à la suite de fréquentes hémoptysies et après chacune d'elles, présentait une agitation des plus vives. Elle mourut dans le marasme le plus complet.

Dans l'observation III, A..., tuberculeux aliéné, ayant eu froid est pris d'un violent accès de délire aggravant son état mental.

C'est surtout au professeur Ball que nous devons une étude approfondie de cette question. Et nous sommes amené à penser avec lui que, chez un tuberculeux atteint d'aliénation, ces deux affections progressent le plus souvent par aggravations successives. De véritables rémissions pourront aussi se produire, de durée et d'intensité variables, et, dans certains cas, la tuberculose et la folie évoluent vers la guérison.

Ainsi Mackensie voit se produire chez deux de ses malades, par améliorations progressives, la guérison des troubles intellectuels en même temps que celle des lésions pulmonaires. Cette amélioration simultanée des deux affections ne sera pas toujours définitive, et la tuberculose, un certain temps latente, pourra survenir de nouveau, sans qu'il y ait nécessairement réapparition de la folie.

Nous voyons également dans l'observation IV survenir chez G... vers la fin de son séjour à l'asile, avec une diminution dans l'intensité des lésions pulmonaires, une légère amélioration de l'état mental. La marche parallèle, soit progressive, soit régressive, suivie par la tuberculose et l'aliénation mentale est une manifestation probante de leur connexité.

6° Chez plusieurs sujets, au lieu de suivre une marche parallèle, les *deux affections peuvent alterner* et se remplacer mutuellement. « Il n'est point rare, dit Ball, de voir un aliéné après la guérison de sa maladie mentale, offrir tout à coup des symptômes de tuberculose, qui s'arrêtent si la folie reparaît et qui suivent leur cours si la raison maintient son empire ». Au lieu de la disparition totale de l'une des deux affections, ne peut n'exister qu'une sensible atténuation.

Tout d'abord, examinons le cas où les lésions pulmonaires s'étant réparées, la folie devient prédominante.

Observation, citée par Ball, d'une femme ayant présenté des signes d'une tuberculose déjà fort avancée, on voit survenir dans la suite, avec une atténuation des signes physiques, une folie lucide avec prédominance des idées de persécutions.

Dans l'observation VI, rapportée par Hahn, un tuberculeux, déjà miné par l'hecticité, est saisi de folie furieuse avec amendement des symptômes de la phtisie. Cette phtisie reparaitra d'ailleurs bientôt après et suivra une marche parallèle à celle de l'aliénation mentale. Ces alternances morbides seront des plus variables. Elles pourront se manifester diversement chez un même sujet.

Si c'est la tuberculose qui prédomine, les troubles intellectuels pourront s'atténuer, parfois disparaître temporairement. Une hémoptysie peut suffire à provoquer une de ces oscillations morbides.

La première observation nous fournit un exemple d'alternance. Les troubles délirants disparaissent avec une aggravation des lésions pulmonaires.

Il serait intéressant de rechercher l'explication de ces alternances. C'est à des phénomènes de reversion qu'elles sont le plus souvent attribuées. Il se produirait une sorte de dérivation analogue à celle qu'on observe dans le rhumatisme articulaire aigu, par exemple, avec l'apparition de l'endocardite (Bouillaud). Les

poussées congestives du poumon, produiraient, en particulier, une décongestion cérébrale et une hypertension dans le reste de l'organisme, favorable à l'atténuation des troubles intellectuels.

7° A la période terminale de la tuberculose, il se produit parfois un *délire furieux* à caractère spécial et de nature à rendre évidente l'influence de la cachexie tuberculeuse. La diminution de la nutrition et les altérations cellulaires consécutives, aussi bien que la débilité organique peuvent expliquer son intervention.

Ce délire furieux, ainsi que nous l'avons déjà dit, survient lorsqu'il existe une fièvre hectique et il imprimerait, d'après la plupart des auteurs, un caractère manifeste d'incurabilité aux lésions pulmonaires. Et ce délire peut succéder à une période de stupeur ou apparaître chez des phtisiques jusque-là indemnes de toute psychopathie.

Hahn rapporte (obs. VIII), le cas d'une malade qui, à la troisième période de sa tuberculose et présentant déjà « des signes précurseurs de l'issue fatale : aphtes de la bouche, gonflement des pieds, diarrhée colliquative et sueurs matinales, extrême émaciation et lassitude inouïe », fut prise d'une folie furieuse avec mouvements convulsifs, exagération des forces musculaires et qui, en proie à une excitation génésique intense, se livrait aux actes les plus obscènes. La mort la surprit dans cet état.

Le même auteur rapporte cet autre cas où un malade arrivé à un degré très avancé de sa tuberculose, est subitement pris de folie tuberculeuse provoquant, temporairement, il est vrai, une amélioration des lésions pulmonaires. Ce malade succomba quelques semaines après, en état d'idiotie. Cette observation nous montre que le délire furieux survenant à la période ultime de la tuberculose peut produire une atténuation passagère des sym-

ptômes, mais l'affection reprend bientôt son cours, et les malades succombent peu de temps après leur accès d'aliénation.

Nous devons également remarquer qu'il peut survenir, quelques heures avant la mort, un *retour de lucidité* chez les tuberculeux délirants. D'après plusieurs auteurs, ce retour de lucidité serait même assez fréquent chez ces malades.

L'observation VII, empruntée à la thèse de M. Chartier, nous en fournit un exemple probant. Une malade présentant des signes de cavernes pulmonaires et prise d'un violent délire avec excitation maniaque et incohérence, succomba à sa maladie dix-huit jours après et présente, quelques heures avant la mort, une cessation brusque des troubles délirants.

En résumé, à la fin de cette étude relative à l'influence de la tuberculose sur l'aliénation mentale consécutive, nous pouvons répéter ce que nous avons avancé dès le début, à savoir : que de l'étroite relation existant entre les symptômes présentés par les deux affections, relation très apparente en particulier dans les sensations subjectives ; de la marche, soit parallèle, soit alternante suivie par ces deux maladies ; et enfin, de l'apparition possible d'un délire intense à caractères spéciaux à la période terminale, il ressort qu'il existe une connexité entre la tuberculose et l'aliénation mentale et que cette tuberculose exerce une influence manifeste sur la folie survenue au cours de son évolution.

B. Influence de la tuberculose survenant au cours d'une aliénation mentale. — Nous devons considérer maintenant, dans cette seconde partie, quelle peut être l'influence exercée par la tuberculose, développée au cours d'une aliénation, sur cette aliénation elle-même.

1° Disons, tout d'abord, qu'il existe des cas où la *tuberculose* n'exerce aucune influence sur cette aliénation, qui reste consti-

tuée telle quelle, sans subir ni accélération, ni ralentissement.
— 2° Mais, il arrive fréquemment que l'apparition de la *tuberculose modifie l'aliénation* déjà existante. Assez souvent, il survient une *amélioration* dans l'état mental. La lésion pulmonaire agirait ici comme un véritable révulsif, ainsi que nous l'avons déjà dit, au sujet de l'alternance. C'est surtout, lorsqu'il existe de la surexcitation maniaque que cette amélioration est sensible. Non seulement interviendraient alors les lésions locales, amenant une décongestion cérébrale, mais aussi la débilité organique.

Ainsi la malade de l'observation IX, entré à l'asile avec une aliénation mentale, constituée par un état de lypémanie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe et un certain degré de stupeur, voit, à la suite de l'évolution tuberculeuse, une atténuation sensible de ses troubles intellectuels. En même temps, son délire se colore des éléments fournis par la tuberculose ; ce qui nous amène à penser que l'intervention de la tuberculose produit en même temps une amélioration et une modification de l'état mental.

Relatons également l'observation X, qui est absolument typique au point de vue que nous considérons actuellement.

Chez Catherine M. . . , atteinte de lypémanie avec stupeur profonde, apparaissent, dans la suite, des signes certains de la tuberculose. On assiste alors à une amélioration croissante de son état mental. M. . . cesse d'être malpropre, ainsi que chez l'enfant, semblent se développer ses facultés intellectuelles.

La mémoire renaît, ainsi que les sentiments affectifs ; et la malade succombe à la tuberculose, ayant recouvré l'intégrité complète de ses facultés intellectuelles.

3° Mais ce n'est pas toujours par une amélioration que la tuberculose traduit son influence sur une psychose préexistante.

Diverses sont les modifications qu'elle peut amener.

a. — Assez volontiers l'intervention de la tuberculose se traduit par une modification des allures de l'aliénation mentale sur

laquelle elle vient se greffer, et à laquelle elle imprime un *caractère triste ou dépressif*. — Nous avons déjà insisté sur cette modalité dans la première partie de notre étude ; aussi n'insisterons-nous pas davantage.

Dans l'observation IX, nous voyons que c'est à la suite de l'évolution tuberculeuse que s'affirme, au cours d'une aliénation, avec des impulsions suicidiques, un état de mélancolie profonde.

Snelle a publié deux observations, dans lesquelles succèdent à des états de surexcitation manifeste de véritables stupeurs lypémaniques, avec refus d'aliments, apeurement, crainte d'empoisonnement, indifférence, toux, symptômes constatés à la suite de l'évolution tuberculeuse.

b. — Nous avons déjà insisté sur la *coloration particulière du délire* par les sensations subjectives résultant de la tuberculose. Ici, comme dans le cas où l'aliénation mentale survient chez un tuberculeux, les lésions diverses de la phtisie s'accompagnent de sensations subjectives ou objectives diverses, qui deviennent le point de départ d'hallucinations ou d'illusions des divers sens, et consécutivement favorisent la production d'idées délirantes à direction particulière, généralement hypocondriaque. Nous rappelons, à ce sujet, notre observation IX ou V... aliénée devenue tuberculeuse croit avoir des serpents dans le ventre, et accuse de vives douleurs le long de l'œsophage ; interprétations délirantes, dont il faut chercher l'explication plausible dans des phénomènes sympathiques.

c. — Enfin, des *poussées congestives du poumon*, produites au cours de la tuberculose, pourront s'accompagner de poussées congestives parallèles du côté des centres nerveux et entraîner des *accès de délire*. Bergmann et Buckart attribuent ces accès soit à de simples troubles circulatoires, soit à l'hyperémie des états fébriles ; et c'est ainsi qu'agiraient surtout les exacerbations vésérales dans la tuberculose pulmonaire. On peut aussi attribuer ces poussées aux toxines vaso-motrices sécrétées, comme on le

sait, par le bacille de Koch. — Notre observation V présente un exemple de ce parallélisme des poussées congestives pulmonaires marquées par des hémoptysies et des poussées encéphaliques se traduisant par la recrudescence ou la réapparition du délire se marquant à chaque hémoptysie.

L'atténuation des troubles intellectuels, et en particulier sa coloration par les sensations subjectives, sont autant de manifestations probantes de l'influence de la tuberculose sur l'aliénation préexistante.

A la fin de cette étude, nous concluons donc qu'il existe une influence réelle de la tuberculose sur l'aliénation soit antérieure, soit postérieure à cette affection, que cette influence se manifeste de façons diverses, mais relève surtout de l'état de débilité organique, produit par la tuberculose, soit directement, par une sorte d'auto-intoxication, soit par l'intermédiaire des troubles de la nutrition.

V

SYMPTOMATOLOGIE.

Dans le chapitre précédent, nous avons pour ainsi dire passé en revue la plupart des modalités revêtues par le délire sous l'influence de la tuberculose. Nous nous contenterons ici de les coordonner.

Multiplés et variés sont les symptômes présentés par le tuberculeux aliéné. Cette diversité s'explique, non seulement par la coexistence des deux affections, apportant chacune leur contingent de manifestations syndromiques, mais encore par l'idiosyncrasie de l'individu malade.

Morel s'exprime ainsi, établissant cette manière de voir ; « Le caractère du délire, propre à telle ou telle affection organique, peut être pareillement modifié par telle ou telle influence de l'ordre physique ou de l'ordre moral, par l'ensemble, en un mot, de tous les éléments qui constituent la personnalité de l'individu, ou, si l'on préfère, son tempérament, son idiosyncrasie. »

La prédominance de telle ou telle forme essentielle apportera également une grande variété dans les symptômes constatés ; et il en sera de même des différentes phases dans l'évolution morbide.

C'est ainsi que la mélancolie accompagnera le plus souvent la tuberculose commençante ; l'exacerbation maniaque s'observera, de préférence, aux périodes ultimes de la maladie.

Tel délire, apparu à l'état aigu, pourra se transformer dans la suite, revêtir une forme chronique et présenter des symptômes variables.

Aussi, ordonnerons-nous les symptômes présentés par le tuberculeux aliéné, considérant, non seulement les formes essentielles de l'aliénation qu'ils constituent, mais encore les différentes périodes auxquelles ils apparaissent.

1° Dans les *formes dépressives*, le plus habituellement constatées, les malades présenteront des modifications diverses de leur état mental.

Ce sera, tout d'abord, un sentiment de tristesse qui dominera. Le malade est d'un caractère instable, chagrin, s'irrite facilement et tend de plus en plus à l'état lypémanique.

La volonté se trouve altérée ; il existe de l'indécision. Le malade reste volontiers inactif ; ne s'applique plus au travail et ne désire pas se distraire. Il devient indifférent ; se trouve saisi parfois d'un véritable délire de négation.

Les troubles intellectuels apparaissent, bientôt plus nombreux. Il y a diminution des sentiments affectifs, absence de sympathie et insociabilité. Les préoccupations incessantes de leur état maladif conduisent même certains sujets à l'égoïsme et les inclinent vers certaines maladies de la personnalité (mégalo-manie, jalousie, etc.).

Il existe souvent de l'apeurement provoquant, le plus ordinairement, les différents symptômes du délire de la persécution.

L'état de suspicion est fréquent chez les tuberculeux. Clouston observe que, « sur 136 hommes, atteints de tubercules, 56 avaient des idées de suspicion ; et sur 146 femmes, il y en avait 64 ». Aussi, décrit-il cet état comme constituant une manie physique (*mania of suspicion*).

En ce qui concerne, en général, les troubles des facultés, il est possible d'observer, à des degrés différents, depuis le simple obscurcissement de l'intelligence, jusqu'à la confusion mentale, nettement définie.

Le sens moral se trouve parfois affaibli ; mais, ainsi que nous le verrons, c'est surtout à la période terminale qu'on note ces aberrations.

Lorsque s'aggrave cet état mental, apparaissent alors, avec les sensations subjectives, les douleurs sympathiques, les illusions et les hallucinations.

Le malade, arrivé à cet état de déchéance, présente, en effet, des idées délirantes le plus souvent en rapport avec son affection.

Les symptômes que nous avons signalés atteignent alors leur maximum d'intensité. Les idées de persécutions peuvent provoquer de violentes impulsions suicidiques, des perversions des différents sens. Le malade observe parfois un mutisme absolu et devient d'une indifférence complète pour tout ce qui est étranger à sa maladie.

Des symptômes d'ordre physique, tels que l'atonie musculaire, les troubles digestifs et circulatoires, l'anémie cérébrale, ainsi qu'une faiblesse généralisée, peuvent être relevés dans l'aliénation à forme dépressive. Mais, c'est surtout dans les formes par troubles de la nutrition qu'ils sont le plus ordinairement apparents.

Interviennent alors les sensations subjectives.

Les troubles fonctionnels existent réellement, mais les malades les interprètent dans le sens de leur délire. L'appétit est diminué, capricieux, parfois même absent ; les digestions sont difficiles ; il y a de l'intolérance gastrique, des entérites par constipation opiniâtre et débâcles consécutives.

Ces troubles digestifs, intimement liés à l'état lypémanique, peuvent expliquer, à eux seuls, le refus d'aliments, accompagné ou non de perversions du goût. Certains malades, en effet, dominés par leurs idées de persécutions, redoutent d'être empoisonnés et refusent toute nourriture.

L'irrégularité des mouvements respiratoires, la façon défectueuse dont s'opère l'hématose, et les troubles de la circulation

générale accompagnent également les symptômes fournis par l'appareil digestif. Le pouls faible, lent ou rapide suivant les cas, le ralentissement dans les combustions organiques peuvent expliquer l'hypothermie parfois signalée.

2° Les *troubles de la nutrition*, d'intensité variable, retentissent nécessairement sur l'état général du malade et amènent le plus souvent une modalité symptomatique toute particulière, que nous avons indiquée précédemment et qui rappelle de tous points l'évolution et la forme des psychoses liées à des troubles de la nutrition générale, que ceux-ci soient sous la dépendance de l'évolution de l'organisme (puberté) ou sous la dépendance de causes diverses (puerpéralité, convalescence des maladies, etc.).

3° Les *sensations subjectives* se révèlent surtout à cette période avancée. C'est ainsi que les douleurs thoraciques les expectorations purulentes, les mauvaises digestions sont diversement interprétées par les malades, et toujours conformément à leurs idées délirantes.

Rappelons le cas de V... (Obs. IX) qui, par suite de mauvaises digestions, s'imagine avoir des serpents dans le ventre et affirme une perversion du goût, ainsi que celui relaté par Biaute (Obs. II) dans lequel se produisent, à la suite de causes analogues, des vomissements que la malade croit dus à l'empoisonnement.

De l'évolution locale de la tuberculose elle-même dérivent différents symptômes.

Il y aura d'abord ceux fournis par les lésions pulmonaires (expectoration avec perversions du goût et de l'odorat, hémoptysies, douleurs thoraciques, etc.). Il peut exister des douleurs voisines, à l'épaule, le long de l'œsophage, à l'estomac (Obs. IX), sans doute liées à des phénomènes sympathiques.

4° Les éléments fournis par les *accès d'agitation à la période terminale* consistent surtout en surexcitation maniaque, avec agitation allant parfois jusqu'au délire furieux.

La malade (Obs. VIII) est prise de mouvements convulsifs et d'un besoin d'activité irrésistible. Elle a de l'incohérence dans les idées, de la perversion du sens moral ; se livre aux actes les plus obscènes.

Rappelons qu'il peut survenir, après ces accès et quelques instants avant la mort, une éclaircie temporaire, qui serait caractéristique de ce délire, apparu à la période ultime de la tuberculose.

VI

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Les troubles de la circulation et, par suite, ceux de la nutrition céphalique furent le plus souvent invoqués dans la pathogénie de l'aliénation mentale chez les tuberculeux.

D'après Schüle, le cerveau de ces malades, pâle et œdémateux, présenterait « de l'hyperémie veineuse, avec infiltration graisseuse et rupture de quelques cellules corticales ».

Ces troubles de la circulation et de la nutrition du cerveau seraient liés aux désordres pulmonaires et, en particulier, à la difficulté plus ou moins grande des mouvements respiratoires.

Jusqu'ici, intervenaient surtout, dans ces explications pathogéniques, les modifications quantitatives du sang. Il existe soit de l'anémie, soit de l'hyperémie; plus généralement de l'anémie.

Ainsi que le signale Simon, l'anémie explique de la façon la plus satisfaisante les symptômes psychiques du début de la tuberculose et, en particulier, la mélancolie. L'hyperémie s'observerait de préférence dans les accès congestifs et les *exacerbations furieuses*. Mais les modifications quantitatives du sang peuvent s'associer à des modifications qualitatives. Ce sont les toxines tuberculeuses qui contribueraient à vicier le sang, avec les poisons dus à la dénutrition cellulaire.

Certains auteurs se sont efforcés de rechercher s'il n'existait pas des lésions nerveuses, et d'autres ont attribué à des lésions

de la substance blanche les troubles psychiques que présente le tuberculeux.

Pour d'autres auteurs, il existerait une irritation des nerfs du plexus pulmonaire, se propageant à l'encéphale.

Clouston note un certain degré de ramollissement de la substance blanche, avec une diminution du poids spécifique de la substance grise.

Mais c'est dans un processus toxi-infectieux, avec lésions cellulaires de l'écorce cérébrale, que l'on trouve, de préférence aujourd'hui, l'explication des troubles psychiques dans la tuberculose.

Les troubles de la circulation interviendraient accessoirement.

Dans une séance à la Société de Biologie, le 3 juin dernier, M. Maurice Faure rapporte le cas d'une tuberculose pulmonaire chez qui s'accroît progressivement un état mental « caractérisé par l'affaiblissement de la mémoire, de l'association des idées, de la volonté, et par l'incohérence des opérations mentales » répondant à cet état dénommé confusion mentale.

Le cerveau de cette malade est examiné. Les cellules de l'écorce paraissent seules intéressées.

La grande cellule pyramidale, en particulier, a perdu sa forme habituelle ; elle est devenue globuleuse ; son noyau occupe la périphérie, et la substance chromatique a, en partie, disparu.

« Ces lésions sont exactement semblables à celles que mon Maître, M. J. Ballet, et moi-même avons décrites antérieurement, à propos de deux malades ayant présenté le syndrome dénommé psychose polynévritique. Nous avons fait remarquer, à ce moment, que ce nom de psychose polynévritique ne désignait quelquefois pas autre chose que le syndrome confusion mentale, accompagné de polynévrite. » (Maurice Faure).

Les toxines déterminent donc des modifications dans les réactions et la structure cellulaires.

Il est difficile de savoir si ces lésions de la cellule corticale sont secondaires à des lésions toxiques du cylindraxe ou primitivement développées en elle.

Quoi qu'il en soit, et bien que ne pouvant affirmer le mode irritatif des poisons par la cellule nerveuse, nous sommes amené à penser que les troubles psychiques, dans la tuberculose, sont intimement liés à la présence des toxines. Ils seraient également favorisés par les troubles de la circulation et de la nutrition céphaliques.

VII

DIAGNOSTIC.

Nous admettons, tout d'abord, que la coexistence de la tuberculose et de l'aliénation mentale se trouve confirmée par les symptômes propres à chacune de ces maladies ; et nous nous attacherons seulement à faire ressortir l'influence causale ou déterminante de la tuberculose.

La prédisposition joue un rôle prépondérant dans l'évolution des deux affections :

1° *Lorsque cette prédisposition n'apparaît pas manifeste*, il faudra toujours songer à une prédisposition latente, et la rechercher minutieusement.

Rares, en effet, sont les observations niant l'existence de toute prédisposition.

Dans ces cas, la tuberculose elle-même créerait la prédisposition ; et il convient de faire intervenir alors soit l'intoxication, soit les troubles de la nutrition.

Nous avons assez longuement insisté sur la nature et le mode d'action de ces manifestations de la tuberculose, intimement liées au développement de cette affection et qu'il sera, par suite, facile de constater.

2° *Si la prédisposition existe*, la tuberculose la convertit en aliénation mentale, et imprime dès lors à celle-ci une allure générale, qui permet d'invoquer l'intervention de la tuberculose, comme facteur causal.

Au début, l'intoxication agit principalement. Nous relevons alors les différents symptômes de la forme dépressive : les modi-

fications du caractère, la tristesse, l'apeurement, les idées de persécutions, la jalousie, etc.

C'est plus tard que pourront être invoqués les troubles de la nutrition comme éléments étiologiques. Aux divers éléments de la forme dépressive s'ajoutent alors, en dehors des symptômes d'ordre physique, l'incohérence des idées, les altérations de la mémoire et de l'association des idées, les impulsions, la confusion mentale. Cette dernière est intimement liée, en effet, aux troubles de la nutrition.

3° *La recherche de la tuberculose, comme facteur causal de l'aliénation*, ne doit pas seulement se baser sur les diverses formes imprimées à la folie par cette maladie, mais encore sur ses différentes manifestations dans l'évolution de cette folie.

Les sensations subjectives apparaissent alors étroitement liées à la marche et à la nature des lésions. Le malade interprète de façon délirante les symptômes réellement existants. Nous ne reviendrons pas sur ces interprétations multiples et variées (substitution d'organes, idées d'emprisonnement, animal rongeur dans le poumon, serpents dans le ventre, etc.), à propos desquelles nous avons insisté dans la symptomatologie.

Somme toute, en présence de la coexistence d'une tuberculose et d'une aliénation mentale, on pourra affirmer que celle-ci a subi l'influence de celle-là, soit en tant que facteur étiologique, soit en tant que facteur simplement modificateur, toutes les fois que la symptomatologie viendra révéler soit les états dépressifs avec idées de tristesse, d'apeurement, de jalousie, de persécutions ; soit des hallucinations de la sensibilité générale de l'odorat et du goût en relation intime avec l'existence de lésions pulmonaires avancées ; soit le syndrome connu sous le nom de confusion mentale, trahissant plus particulièrement l'intervention tuberculeuse par l'intermédiaire de la nutrition.

VIII

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'aliénation chez les tuberculeux dépend et du degré de la prédisposition, et de l'évolution de la tuberculose elle-même.

1° Si la prédisposition existe, la folie, dans laquelle la tuberculose interviendra alors comme cause déterminante, aura une marche plus ou moins rapide, suivant le *degré plus ou moins marqué de cette prédisposition*.

On pourra même voir, si celle-ci est très forte, l'aliénation mentale créée par l'intervention de la tuberculose continuer à évoluer pour son propre compte en tant que névrose, alors même que la tuberculose pourra avoir disparu par guérison.

2° Mais, le pronostic est également lié à l'*évolution de la tuberculose*. Au début, les poussées congestives peuvent amener une recrudescence dans le délire, qui suit alors une marche parallèle à celle de la *tuberculose*. Nous nous rappelons aussi la possibilité d'observer une alternance entre les poussées tuberculeuses et les poussées psychiques. Il semblerait dès lors que la tuberculose, progressant, puisse amener une certaine rémission dans la folie ; mais, les troubles de la nutrition, qui surviennent aux périodes avancées, tendent, au contraire, à provoquer une exacerbation du délire.

Toutefois, *si la nutrition se relève*, il n'est pas rare de voir disparaître les accidents psychiques.

Nous n'insistons pas sur la gravité du délire terminal, survenant, lorsque les lésions pulmonaires laissent entrevoir, par elles-mêmes, un dénouement fatal.

Si un traitement opportun parvient à enrayer la marche de ces lésions, le pronostic de la folie ne peut être défavorable que s'il existe une prédisposition prononcée.

Quant aux formes de l'aliénation elle-même, elles ne sont que d'un intérêt secondaire dans l'établissement du pronostic, qui restera surtout lié à l'évolution de la tuberculose.

Les exacerbations maniaques, en dehors du délire terminal, sont généralement temporaires et peuvent amener une amélioration des lésions pulmonaires.

Les sensations subjectives disparaissent avec les troubles qui leur donnent naissance.

La lypémanie s'améliore elle aussi, quand se relève la nutrition et que les lésions sont en voie de cicatrisation.

Mais, si le tuberculeux présentait antérieurement quelque tare nerveuse, cette amélioration progressera parfois sans jamais devenir complète, et, dans certains cas, n'amènera qu'une rémission passagère.

En résumé, le pronostic de la folie chez le tuberculeux est composé d'éléments complexes.

Souriant, dans les cas où la lésion tuberculeuse détermine une révulsion suffisante pour amener la cessation des troubles psychiques, il s'aggrave, au contraire, lorsqu'il existe une prédisposition marquée, ou des troubles cachectiques avancés.

Mais en dehors du pronostic de l'état mental, reste le pronostic de la tuberculose qui menace à plus ou moins bref délai la vie du sujet quelle que soit sa mentalité.

IX

TRAITEMENT.

Chez les prédisposés, les prescriptions hygiéniques doivent être rigoureusement observées et dirigées de façon à éviter toute cause pouvant déterminer la manifestation réelle de l'affection latente.

Une aération suffisante, une alimentation saine et abondante, constituent, chez les aliénés, les principales mesures prophylactiques de la tuberculose. Seront écartées les préoccupations morales, pouvant contribuer à la débilitation organique. L'entassement devra être également évité, pour prévenir la contamination. L'isolement se trouve indiqué pour les tuberculeux.

Si la tuberculose et l'aliénation se trouvent établies, il faut agir concurremment sur l'une et l'autre maladie.

Nous n'insisterons pas sur le traitement propre à la tuberculose ; mais, il convient de s'adresser plus spécialement aux poussées congestives, qui peuvent survenir aux différentes périodes, ainsi qu'aux troubles de la nutrition.

Pour prévenir les poussées congestives, on évitera les séjours d'altitude, au bord de la mer et l'administration de ferrugineux.

Si ces poussées congestives existent, on les traite par les révulsifs et les dérivatifs.

Aux troubles de la nutrition, on oppose la suralimentation, les hémostatiques, les reconstituants, les antidépéritifs et les toniques généraux (quina, kola, phosphates, etc.).

La digitale peut agir favorablement lorsque l'énergie cardiaque se trouve amoindrie et qu'il y a hypotension artérielle.

Pour ce qui a trait à l'aliénation elle-même, on agit par les calmants (bromure, chloral, morphine, d'après quelques auteurs), s'il existe de la surexcitation. La médication tonique et reconstituante se trouve indiquée dans les autres cas.

Quant à l'hydrothérapie, on peut en discuter l'opportunité. Si la débilitation est extrême et si les lésions pulmonaires sont avancées, elle se trouve contre-indiquée. Dans ces cas, de simples compresses imbibées d'eau froide peuvent suffire.

Les antiseptiques, les balsamiques en particulier, peuvent également, par la désinfection de l'état local, amener la disparition des sensations internes qui procurent les éléments du délire.

Enfin, les indications thérapeutiques générales dans la tuberculose pulmonaire ou l'aliénation mentale isolées subsistent lorsque évoluent conjointement ces deux affections. Les moyens employés peuvent, d'ailleurs, varier avec chaque cas particulier. C'est au médecin qu'il appartiendra d'en connaître l'efficacité et d'en régler l'emploi.

X

CONCLUSIONS.

I. — L'aliénation survenant chez un tuberculeux prend en général des caractères spéciaux (forme dépressive, idées de jalousie, de persécution).

II. — La tuberculose survenant chez un aliéné imprime volontiers à la psychose préexistante les caractères mentionnés ci-dessus ; toutefois, il est fréquent de ne lui voir exercer aucune influence sur celle-ci.

III. — La tuberculose apporte avec elle des éléments particuliers qui colorent d'une façon spéciale la psychose préexistante (hallucinations du goût, de l'odorat, sensations internes liées aux lésions tuberculeuses, amenant des idées d'empoisonnement, de modification des organes, etc.).

IV. — Lorsqu'elle agit par l'intermédiaire des troubles de la nutrition, la tuberculose imprime à l'aliénation les allures connues des psychoses par troubles de la nutrition (confusion mentale ou démence aiguë, apeurement, hallucinations, surtout hallucinations de la vue.

V. — Les poussées congestives tuberculeuses peuvent s'accompagner de poussées identiques du côté de l'encéphale et amener, soit de l'agitation, soit un délire furieux. Celui-ci se rencontre aussi volontiers dans les périodes terminales de la tuberculose pulmonaire.

VI. — Quelquefois l'apparition ou l'évolution de la phtisie amène une amélioration de l'état mental préexistant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANGLADE. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la moelle épinière des aliénés. Congrès de Toulouse, 1897.
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales, 1880-83.
- BIAUTE. — Contribution à l'étude de l'état mental dans la phtisie pulmonaire. Thèse, 1879.
- CHARTIER. — De la phtisie dans ses rapports avec les psychoses. Thèse, 1899.
- CLOUSTON. — Tuberculosis and insanity, 1864.
- CULLERRE. — Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés. Ann. méd. psychol., mars 1876.
- Traité pratique des maladies mentales.
- CROCQ (fils). — La folie diathésique. Gazette hebdom., 1894.
- DAGONET. — Traité des maladies mentales, 1894.
- ESQUIROL. — De la folie, 1838.
- HAHN. — Des complications nerveuses dans la phtisie, Thèse, 1874.
- GRASSET. — Des rapports de l'hystérie avec la diathèse scrofuleuse et tuberculeuse, 1884.
- Art. Hystérie. Dictionnaire encyclopéd.
- Art. Diathèse. Dictionnaire encyclopéd.
- LA BONNARDIÈRE. — Rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose. Th. 1898.
- LE MAT. — Des troubles psychiques dans la phtisie, Th., 1875.
- MAIRET. — Chronique mensuelle : contagion de la tuberculose. Montpellier Médical, 1883-1884.
- MARFAN. — De la phtisie pulmonaire. Traité Charcot, 1894.
- MOREL. — Traité des maladies mentales, 1860.
- SC. PINEL. — Recherches sur quelques points de l'aliénation mentale, 1819.
- PETER. — Cliniques médicales, 1879.

- ROGER. — Un cas de folie phtisique. Ann. méd.-psychol. 1886.
- SNELL. — La phtisie pulmonaire chez les aliénés. In allg. Zeitsch. f. Psychiat., 1890.
- SÉGLAS. — Leçons cliniques. Salpêtrière, 1887-1894.
- SERRIGNY. — Sur la parenté des névroses et des psychoses. Ann. méd.-psychol., 1898.
- TH. TATY. — Sur deux cas de folie hystérique d'origine infectieuse. Ann. méd.-psychol., 1895.
- TH. TATY et J. ROY. — Des variétés cliniques du délire des persécutions. Ann. méd.-psychol., 1897.
- ED. TOULOUSE. — Les causes de la folie, 1896.
- H. A. TOMLINSON. — La folie et la phtisie, leurs transmutations et leur coexistence, 1897. — In the Journal of nerv. and mental disease.
- WULFF. — Remarques sur l'existence de la tuberculose dans les asiles d'idiots. — In all. Zeitsch. f. Psychiat., 1894.
- J. WORKMANN. — The journal of mental science and The american Journal of insanity, 1864.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 juin 1899.
Le Recteur,

A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 juin 1899.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

